LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Varicelle et impétigo; de deux cas de varicelle suivie d'éruption impétigineuse et des relations de la varicelle avec l'impetigo, par le Dr A. Descroizilles, p. 657. — **Bibliographie** : Traité d'ophtalmoscopie, par le Dr Etienne Rollet, p. 661. — **Revue de la presse** : Les cures de lait dans les maladies de l'estomac, par Boas, p. 663. — L'alimentation sous-cutanée par l'huile d'olive, p. 663. — **Académie des sciences** : *Séance du* 10 *octobre* 1898. Présidence de M. Van Tieghem. — Observations sur la transformation supposée de la graisse en glycogène, par M. Berthelot, p. 663. — **Académie de médecine** : *Séance du* 18 *octobre* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Actinomycose de l'ombilic, p. 666. — Rapports de prix, 666. — Tumeurs du gros intestin et résections intestinales, p. 666. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du* 14 *octobre* 1898 : Présidence de M. Sevestre. — Des méningites curables, p. 666. — Lymphadénome du cou et du médiastin traité par les injections de naphtol camphré, p. 666. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance** : *Séance du* 20 *juillet* 1898. Présidence de M. Gourichon. — Rapport de M. Benoit sur la candidature du Dr Fauvel, p. 669. — Prophylaxie et traitement des tuberculeux indigents et nécessiteux par les médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, par les Drs Séailles et Dufournier, délégués au Congrès de la tuberculose, p. 669. — Prophylaxie des maladies contagieuses et en particulier de la tuberculose dans le service des bureaux de bienfaisance, p. 670. — Un moyen pour supprimer le double des ordonnances, p. 670. — **Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie** : 2e *Section, tenue du* 8 *au* 5 *octobre* 1898. — Traitement des grossesses extra-utérines, p. 670. — Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois évoluant normalement, p. 670. — Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois compliquées, 670. — Traitement des grossesses ectopiques de cinq mois avec fœtus vivant, p. 671. — **Nouvelles** : 672. — **Feuilleton** : Les médecins de l'Hôtel-Dieu, du XVe au XIXe siècle(*suite et fin*), p. 658.

CLINIQUE MÉDICALE

Varicelle et impétigo

De deux cas de varicelle suivie d'éruption impétigineuse et des relations de la varicelle avec l'impétigo (1).

par le Dr A. Descroizilles

médecin de l'hôpital des Enfants malades.

Robert R.., âgé de cinq ans et demi, est entré le 16 avril 1898, salle Blache, n°8. Cet enfant, dont le père et la mère étaient bien portants, n'avait jamais été sérieusement malade, jusqu'à son admission dans mon service. Le 13 avril, on avait aperçu une éruption sur son cou, sans qu'il eût présenté, jusque-là, aucun symptôme prodromique. Trois jours après, on l'amenait à l'hôpital, bien qu'il semblât n'avoir pas de fièvre, et n'éprouver aucun malaise bien prononcé. A ce moment, l'éruption, généralisée, mais peu confluente, était constituée par des élevures transparentes, dont les unes restaient petites et acuminées, et méritaient le nom de vésicules, tandis que les autres, arrondies à leur sommet, atteignaient des proportions plus considérables, et présentaient tous les caractères d'une bulle distendue par un liquide séreux. Ces dernières occupaient le centre d'une base érythémateuse. Quelques-unes de ces élevures siégeaient à la région des sourcils, aucune ne s'était développée sur le bord libre des paupières, ni à l'intérieur de la cavité buccale. Abstraction faite des phénomènes éruptifs, il n'y avait rien d'important à signaler. La température s'élevait à peine à 38° ; la respiration était normale et la langue nette. Des traces de vaccine légitime existaient sur les deux bras.

Le diagnostic ne pouvait ici laisser aucun doute ; il s'agissait bien d'une éruption vésiculeuse et bulleuse dont les éléments étaient séparés les uns des autres, et ne formaient pas de groupes, et dans laquelle il était impossible de ne pas reconnaître une varicelle, discrète presque partout, et particulièrement à la face, tandis que les boutons, vésiculeux ou bulleux, étaient plus nombreux au cuir chevelu, sur le dos, à la partie supérieure et interne des cuisses.

Tout se passa d'abord très simplement ; un certain nombre de vésicules ou de bulles s'ombiliquèrent, ce qui arrive souvent, quoi qu'on en dise, dans la varicelle. Vers le troisième jour de la période d'éruption, la dessiccation commença à s'opérer régulièrement sur le front, les joues et la partie antérieure du thorax. Il n'y eut, à aucun moment, de fièvre ou d'état saburral ; plusieurs examens successifs ne firent découvrir aucune trace d'albumine dans l'urine : mais, quatre ou cinq jours après le début de la maladie, les boutons qui occupaient le cuir chevelu, le voisinage des oreilles, le cou, la partie postérieure des épaules, semblèrent grossir et se remplir d'un liquide louche, au lieu de se flétrir; de nouvelles élevures se montrèrent à côté des anciennes de façon à constituer des groupes, puis des croûtes verdâtres et épaisses se formèrent sur les points où l'on voyait ces pustules, et quelques-unes de ces pustules s'ouvrirent spontanément, en laissant écouler leur contenu qui présentait tous les caractères macroscopiques du véritable pus. Bref, on assista à l'apparition et à l'évolution d'une poussée d'impétigo, à physionomie bien dessinée et qui, tandis que l'efflorescence varicellique suivait son cours régulier, donna lieu à la formation de placards, sur une portion du cuir chevelu et en avant des oreilles. Cet impétigo qui succédait, au bout de peu de jours, à une varicelle discrète et bénigne dont l'évolution fut absolument normale, se prolongea pendant plusieurs semaines, et n'avait pas encore cessé au bout d'un mois, quand l'enfant, dont l'état général fut constamment satisfaisant, quitta l'hôpital, sur le désir de ses parents.

Le 18 avril, deux jours après l'admission du jeune malade dont il vient d'être question, je recevais, au n° 18

(1) Communication à la Société médical du Louvre.

de la salle Blache, un petit garçon de vingt-deux mois, dont la mère était bien portante, et le père atteint de bronchite chronique de nature suspecte. Cet enfant avait eu la rougeole, à l'âge de onze mois, mais, jusque-là, pas d'autre maladie. On nous l'amenait au sujet d'une éruption remontant à trois jours, et qu'un médecin de la ville avait appelée varicelle. Bien qu'il y eût un peu de toux, nous ne découvrîmes aucun phénomène morbide à l'examen du thorax, et le thermomètre indiquait une température correspondant à l'état normal.

L'éruption que nous avions sous les yeux était bien celle d'une varicelle. De nombreux boutons étaient disséminés sur toute l'étendue du cuir chevelu, d'autres occupaient le front, la tempe gauche ou le pourtour des oreilles. Sur le cou, le dos, les épaules, en avant du thorax, la poussée éruptive était assez confluente. On voyait aussi quelques élevures à la face interne du bras gauche, ou sur la cuisse du même côté, tandis qu'il n'y en avait, ni sur la cuisse droite, ni sur le bras droit; il n'y en avait pas davantage sur le voile du palais ou sur les paupières. L'élément éruptif consistait en une tache érythémateuse, surmontée d'une élevure de quatre à cinq millimètres de long sur deux ou trois de large, distendue par un liquide légèrement citrin. Sur plusieurs régions, et en particulier sur les épaules, les élevures atteignaient les proportions d'une balle. Dans ce cas, comme dans l'autre, on put constater l'ombilication sur certains boutons.

On put voir aussi une partie de ces boutons se dessécher promptement et se transformer en croutelles plates, arrondies et de teinte noirâtre, tandis que, sur le cuir chevelu, sur la partie supérieure du front, et près des oreilles, les élevures se multipliaient, formaient des groupes et se remplissaient d'un liquide blanchâtre, puriforme, pour faire bientôt place à des croûtes brunes ou verdâtres, épaisses et atteignant, sur quelques points, l'étendue de plusieurs centimètres. Il y eut donc, chez le second petit garçon comme chez le premier, une poussée d'impétigo, coïncidant avec une varicelle, ou du moins survenant très peu de jours après le début de l'exanthème varicellique et cet impétigo durait encore, près d'un mois plus tard, sans que la santé générale eût été sérieusement troublée, et alors que tous les symptômes, appartenant à la varicelle, avaient disparu depuis au moins quinze jours.

Les deux faits que je viens d'exposer sont loin d'être exceptionnels, dans les salles d'hopital. La varicelle et l'impétigo marchent souvent ensemble, et l'on n'a pas toujours assez insisté sur cette association, dans les ouvrages classiques. Chez certains enfants, les deux éruptions naissent pour ainsi dire simultanément ou presque simultanément, et c'est ce qui est arrivé pour nos deux malades. Chez d'autres, la varicelle précède l'impétigo d'une ou plusieurs semaines ; chez d'autres enfin, l'impétigo existe déjà, quand on voit survenir les prodromes de la varicelle et souvent il y a eu, à différentes époques éloignées les unes des autres, des poussées impétigineuses, avant l'apparition de la varicelle. Quoi qu'il en soit, l'existence préalable d'un impétigo confluent peut faire méconnaître une éruption de varicelle à sa phase initiale. Lorsque des croûtes impétigineuses recouvrent une notable partie de la face, il n'est pas facile d'apercevoir les élevures varicelliques qui surgissent au voisinage des sourcils, et de distinguer les deux éruptions l'une de l'autre. Les boutons de varicelle naissent sur les portions du tégument que l'impétigo n'occupent pas, et leur évolution peut se faire régulièrement. Mais, plus souvent, en pareille circonstance, ils se transforment en pustules, auxquelles se substituent, plus tard, des croûtes plus épaisses que celles qui se rattachent à la varicelle normale et il est alors très facile et très excusable de commettre une erreur de diagnostic, car si dans certains cas l'on

FEUILLETON

Les Médecins de l'Hôtel-Dieu du XV^e^ au XIX^e^ siècle

(*Suite et fin*) (1)

En 1789, les médecins de l'Hôtel-Dieu étaient :

	Expectants	Ordinaires
Dejean	—	1753
Majault	—	1762
Roussin de Montabourg	1772	1775
Danié Despatureaux	1772	1775
Solier de la Romillais	1772	1777
Mallet	1777	1780
Grossin-Duhaume	1780	1782
Levacher de la Feutrie	1782	1784
Lepreux	1787	1787
Coutavoz	1787	1787
Thauraux	1787	1787

Dejean, est mort en 1792 et De Montaigu, expectant depuis 1790, fut nommé médecin ordinaire.

Majault, Michel-Joseph, reçu docteur le 15 octobre 1738, visitait à la fois les malades de l'Hôtel-Dieu et ceux des Incurables de la rue de Sèvres, qui étaient une dépendance de l'Hôtel-Dieu. Il avait été médecin du Roi aux armées d'Allemagne. Il avait publié des mémoires sur les eaux de l'Yvette, de la Seine, d'Arcueil, etc. Il est mort en l'an VIII (1800).

Roussin de Montabourg, J. Armand, fils, reçu docteur le 4 octobre 1762. Mort en 1792, il fut remplacé par Marie-Antoine Petit, qui est mort en 1840.

Danié-Despatureaux, Gui, reçu docteur le 4 octobre 1756, avait été élu professeur d'accouchements en 1761, professeur de chirurgie française en 1766, médecin expectant le 6 avril 1772, médecin ordinaire le 8 mars 1775 : il est mort en 1806.

Solier de la Romillais, Benjamin-Michel, reçu docteur le 20 octobre 1770, avait été élu professeur de physiologie et de pathologie en 1779, de pharmacie en 1785 et en 1791. Il fut nommé médecin expectant en 1772, ordinaire en 1772 et est mort en 1796 (an IV).

Mallet, Noel-Nicolas, reçu docteur le 14 septembre 1758 avait été élu professeur de chirurgie latine en 1764, de chirurgie française en 1784, de pharmacie en 1786 et de chirurgie latine en 1788. Nommé médecin expectant le

(1) V. *France médicale*, nos 23, 28, 29, 30, 31, 32 et 33.

constate, dans le cours d'une affection impétigineuse, un état pyrétique et d'autres phénomènes généraux qui peuvent faire penser au début d'une fièvre éruptive, ces perturbations prodromiques ne sont pas toujours nettement accentuées dans la varicelle, elles sont même, souvent, si légères qu'elles peuvent, très facilement, passer inaperçues chez un enfant dont le visage est, en partie, masqué par des croûtes impétigineuses. D'ailleurs, l'impétigo lui-même peut, abstraction faite de toute manifestation varicellique, s'accompagner passagèrement d'élévation thermométrique, ce qui est une difficulté de plus pour le médecin appelé à se prononcer sur la signification d'une éruption complexe.

Il faut se rappeler que la varicelle est caractérisée par des petites papules isolées les unes des autres, qui deviennent très vite des vésicules ou de petites bulles, puis qui se flétrissent très rapidement aussi, sans que leur contenu soit devenu purulent, et laissent à leur place des croûtes en général très minces, unies à leur surface, à bords circulaires nettement découpés, de teinte sombre et très adhérentes aux couches sous-jacentes, tandis que, dans l'impétigo, l'éruption est constituée par des boutons le plus souvent disposés en groupes, qui suppurent franchement, et dont le contenu s'écoule au dehors, sous forme d'un liquide épais, grisâtre, souvent très abondant, ou se concrète pour se transformer en croûtes épaisses, raboteuses, mollasses, qu'on fait tomber assez facilement, et qui recouvrent parfois des portions du tégument de plusieurs centimètres d'étendue, ou même atteignent les proportions d'une véritable cuirasse, correspondant à la totalité, ou à la presque totalité, du cuir chevelu, ou de la face.

L'impetigo est d'habitude apyrétique; s'il est fébrile, c'est presque toujours parce qu'il est très intense, et l'élévation thermométrique qui l'accompagne n'a rien de régulier, ni comme durée, ni comme marche. La varicelle est une affection ordinairement fébrile, au moins à la période d'invasion et au commencement de celle d'éruption. Mais la fièvre qui lui appartient n'a qu'une courte existence, une importance médiocre; elle est fréquemment si insignifiante qu'elle échappe à l'observateur.

Entre la varicelle et l'impétigo, il y a certainement des dissemblances, mais il y a aussi des analogies, et il peut être fort difficile à un médecin de se prononcer, à moins de suivre, en quelque sorte, la maladie heure par heure, ce qui ne se réalise presque jamais dans la pratique. Cette difficulté d'appréciation impose au clinicien certaines règles de conduite qu'il est utile de formuler. Lorsqu'on se trouve en face d'une éruption croûteuse dont la nature semble mal définie, il faut se conduire comme si l'incertitude n'existait pas. En présence d'une varicelle problématique, on se comportera comme si la réalité de la varicelle était démontrée. On prescrira l'isolement du malade et, pour obtenir cet isolement, on ne craindra pas de faire un diagnostic précis et catégorique, tout en conservant des doutes dont on ne parlera pas. Cette manière de se comporter est sans inconvénient, d'autant plus qu'il est admis aujourd'hui que l'impétigo est souvent, sinon toujours, contagieux et contagieux surtout par inoculation.

Isoler un enfant chez lequel on hésite entre l'impétigo et la varicelle pour expliquer la formation de croûtes confluentes est une mesure qui ne peut lui être nnisible; et recommander, relativement aux sorties et

---

29 janvier 1777, il devint médecin ordinaire le 1er mars, 1780 et est mort le 8 avril 1813.

Grossin-Duhaume, Etienne, reçu docteur le 3 octobre 1760, fut élu professeur de chirurgie française en 1776, de pharmacie en 1782, de physiologie et de pathologie en 1787. Lorsqu'on nomma un huitième médecin ordinaire à l'Hôtel-Dieu, il fut nommé le 27 février. Il est mort en 1804.

Philip, Joseph, reçu docteur le 27 septembre 1764, avait été élu professeur de physiologie et de pathologie en 1768, de pharmacie en 1778, doyen de la Faculté de médecine en 1780. Il était en outre médecin des sapeurs-pompiers de la Ville de Paris. Nommé médecin expectant et ordinaire en 1782, il donna sa démission en 1784 et est mort en l'an III.

Levacher de la Feutrie, Thomas, avait été reçu docteur à Caen, puis à Paris le 14 octobre 1768. Nommé expectant en 1782, il succéda à Philip, démissionnaire en 1784. Il est mort au mois de mars 1790.

Millin de la Courvault, Jean-Nicolas, reçu docteur le 26 septembre 1754, fut nommé expectant à la place de Levacher, lorsque ce dernier fut nommé médecin ordinaire; il est mort en 1788 et eut pour successeur Bosquillon.

Bosquillon, Edmond-François-Marie, reçu docteur le 30 septembre 1772 a laissé un nom comme médecin littérateur. Né à Montdidier en 1744, il fut reçu docteur le 30 septembre 1772, fut élu professeur de botanique en 1780, de chirurgie latine en 1789. Il était professeur de langue grecque au Collège de France. Il fut nommé médecin expectant le 16 juillet 1788 et médecin ordinaire le 20 octobre de la même année. Il est mort le 23 novembre 1816.

Baget, Henri-Jean, succéda à Bosquillon comme médecin expectant le 21 mars 1789 et fut promu ordinaire le 10 mars 1790. Il appartenait à une vieille famille médicale et avait été élu en 1783 professeur de chirurgie latine. Il est mort en l'an IV (1796).

Asselin, J.-B.-Charles, reçu licencié en médecine le 31 septembre 1788, succéda à Baget, comme expectant en 1794 et comme médecin ordinaire en 1795. Il est mort en 1826.

Lepreux, Paul-Gabriel, reçu docteur le 10 septembre 1766, élu professeur de pharmacie en 1777, fut nommé en 1787 médecin ordinaire de l'Hôtel-Dieu. Il devint médecin consultant de l'empereur en 1808 et est mort en 1816.

à l'alimentation, des précautions qui, nécessaires dans la varicelle, sont utiles, quoique beaucoup moins indispensables dans l'impétigo; c'est un luxe de prudence dont les effets seront fréquemment salutaires, et ne seront jamais préjudiciables.

Je ne saurais dire si l'impétigo prédispose à la varicelle. Les renseignements que donnent les parents, surtout à l'hôpital, sur le passé de leurs enfants sont presque toujours incomplets et souvent faux ou insignifiants. Je ne possède aucune statistique qui me permette d'affirmer que les jeunes sujets affectés d'impétigo sont plus aptes que les autres à contracter la varicelle. Je ferai remarquer que, chez les deux petits garçons dont il vient d'être question, on ne trouvait pas trace d'éruption impétigineuse dans les commémoratifs qui, pour tous les deux, avaient été assez clairement donnés, contrairement à l'habitude.

On sait fort bien que la vaccine est une porte d'entrée pour l'impétigo, et tout autorise à penser qu'il en est de même pour la varicelle, bien que, probablement à un degré beaucoup plus faible, parce que les lésions tégumentaires sont moins profondes dans la varicelle que dans la vaccine et moins propres dans le premier cas que dans le second à produire une inflammation suppurative. Mais si le principe pathogène auquel, d'après les idées modernes, se rattache l'impétigo, trouve un terrain mieux préparé pour son développement et sa multiplication, chez les enfants vaccinés que chez ceux qui ont une éruption varicellique, il n'en est pas moins vraisemblable que l'irritation de la peau, qui résulte d'une varicelle, suffit, en mainte circonstance, pour faire naître des poussées d'impétigo, chez des enfants plus ou moins éprouvés par une maladie vésiculeuse et bulleuse, rarement très grave, mais qu'il faut prendre au sérieux, car elle affaiblit l'organisme au moins temporairement, et dispose le malade au lymphatisme ou l'augmente et peut le conduire à la scrofule, si la tendance strumeuse existait déjà, avant que la fièvre éruptive se fut déclarée.

On a beaucoup insisté, depuis quinze ou vingt ans, sur les complications de la varicelle qu'on regardait anciennement comme une maladie sans importance. D'assez nombreux cas de néphrite albumineuse ont été signalés à l'étranger encore plus qu'en France. Quelques-uns de ces cas ont été mortels. Mais, fort heureusement, la néphrite grave est ici très exceptionnelle; à l'hôpital de la rue de Sèvres, on ne la rencontre presque jamais et si l'on constate, parfois, un dépôt albumineux dans le cours d'une varicelle, l'albuminurie est légère et transitoire. Il n'en faut pas moins être circonspect et prendre beaucoup plus de précautions qu'on n'en prenait autrefois pour une éruption varicellique, non seulement parce que cette éruption est très contagieuse, mais surtout parce qu'elle s'accompagne fréquemment, et principalement pendant la période de déclin, d'une hypérémie des voies aériennes, caractérisée par une toux opiniâtre, que l'exposition au froid rend plus pénible et plus tenace.

Les enfants atteints de varicelle doivent donc être tenus à la chambre pendant quinze ou vingt jours, si la température est basse, pendant huit à quinze jours, dans les conditions opposées, et je trouve très imprudent le système de certains pères de famille, et même de certains médecins, système qui consiste à laisser au jeune sujet, chez lequel la varicelle s'est manifestée, toute sa liberté d'allures, et à ne rien changer à sa vie habituelle, à son habillement, à son alimentation, si ce n'est,

---

Coutavoz, J.-Auguste, reçu docteur le 17 septembre 1768, fut nommé médecin ordinaire en 1787, lorsque le nombre des médecins de l'hôtel-Dieu fut porté à onze. Il est mort au mois de juillet 1789 et fut remplacé par Thauraux.

Thauraux, Jean, reçu docteur le 4 septembre 1776, nommé expectant en 1787, succéda à Coutavoz, le 1er juillet 1789. Il est mort en 1806.

En 1790, on nomma comme médecins expectants De Frasme et de Montaigu.

De Frasne, Jean-Martin, reçu docteur le 9 septembre 1774, avait été élu professeur de matière médicale en 1777, d'accouchements en 1783 ; il fut nommé expectant en 1790 et ordinaire en 1793. Il est mort en 1813.

De Montaigu, Louis-Cyprien Piot de — reçu docteur le 1er octobre 1782, expectant le 10 mars 1790 devint ordinaire en 1792 et est mort le 4 novembre 1832. Il fut membre de l'Académie de médecine (1821).

Delaporte, Jean-Jacques, reçu docteur le 10 septembre 1774, était médecin de Monsieur, lorsqu'il fut nommé expectant en 1793, ordinaire en 1794; mais il quitta Paris pendant la période révolutionnaire, cessa d'être médecin de l'Hôtel-Dieu et est mort en 1821.

Bourdier de la Moulière, Isidore François, reçu docteur le 30 octobre 1780, élu professeur de physiologie en 1790, fut nommé expectant en 1797 et est mort en 1820.

Laverne, Nicolas-François, reçu docteur le 16 octobre 1782, avait été élu professeur de physiologie en 1791 et devint médecin de l'Hôtel-Dieu en 1795. Il est mort en 1802.

Petit, Marie-Antoine, reçu docteur le 15 janvier 1788, fut le dernier médecin nommé au XVIIIe siècle (1799). Il fut membre de l'Académie de médecine, lors de sa fondation, et il est mort le 7 avril 1840.

En 1800, les médecins de l'Hôtel-Dieu étaient :

Majault, † 1800.
Danié-Despatureaux, † 1806.
Mallet, † 1813.
Grossin-Duhaume, † 1804.
Lepreux, † 1816.
Bosquillon, † 1816.
Thauraux, † 1806.
De Frasne, † 1813.
Montaigu, † 1832.
Asselin, † 1026.
Bourdier, † 1820.
Petit, † 1840.

peut-être, pendant deux ou trois jours, ce qui est tout à fait insuffisant.

Ce n'est pas seulement la néphrite albumineuse qu'il faut redouter comme complication possible d'une varicelle : Ce sont, également, des accidents convulsifs, pendant la période d'éruption, ou même pendant celle d'invasion, c'est la pleurésie, la pleuro-pneumonie, la péricardite, l'arthrite affectant plusieurs jointures à la fois, ou l'hydrarthrose du genou, la gangrène de parties limitées de la peau sur lesquelles les vésicules se sont développées en grand nombre. Sans doute, toutes ces complications sont exceptionnelles, comme la néphrite elle-même, mais on les a rencontrées, même chez des sujets bien constitués et vivant dans de bonnes conditions.

Il y a donc d'excellentes raisons pour être prudent vis-à-vis de la varicelle, relativement aux mesures d'hygiène qu'il est convenable de prescrire, et il ne faut pas oublier qu'elle fait naître, chez les enfants, une grande susceptibilité des bronches. On ne les laissera donc pas sortir trop vite, à la fin de l'hiver ou au printemps, et je suis persuadé que des sorties trop hâtives ont engendré, dans bien des cas, des affections fort sérieuses des organes de la respiration.

Quant à l'impétigo, il y a lieu de le considérer, tantôt comme un accompagnement presque nécessaire de la varicelle, chez des enfants que leur tempérament prédispose aux affections croûteuses, tantôt comme une véritable complication qui a son importance, car elle éloigne le moment où l'on peut regarder un jeune malade comme guéri et pouvant s'aérer sont danger. D'un autre côté la coïncidence de l'impétigo et de la varicelle rend le diagnostic difficile, elle peut faire méconnaître la fièvre éruptive, faire négliger l'isolement et les autres mesures d'hygiène, qu'on eut ordonnées si le diagnostic avait été bien posé, et être cause ainsi du développement et de l'extension d'une épidémie.

Au contraire, si cette association est reconnue, on saura que l'enfant doit être entouré de plus de soins et de ménagements que s'il n'était affecté que d'une varicelle, car il est probable que cette maladie le laissera plus délicat que dans le passé et plus enclin au lymphatisme ou à la scrofule, dont le lymphatisme n'est, pour ainsi dire, que le premier échelon. Il faut donc que le médecin soit prévenu de la fréquence relative de cette association, de son importance et de ses conséquences possibles. Voilà pourquoi les deux faits, dont je viens d'avoir l'honneur de vous entretenir, m'ont paru présenter quelque intérêt et pourquoi j'ai saisi cette occasion de communiquer à la Société ma manière de voir sur cette question.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'ophtalmoscopie, par Etienne ROLLET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, in-8°, 379 pages avec 50 photographies en couleurs. Paris, Masson et Cie, 1898.

Ce livre est à tendances essentiellement pratiques, comme le dit l'auteur au début de sa préface, mais ici le mot pratique est aussi loin que possible du sens d'empirisme non raisonné ; M. Rollet pense avec grande raison que la pratique la plus intelligente et la plus efficace est celle qui est basée sur une notion très exacte et aussi complète que possible des moyens dont elle peut disposer. On peut ignorer absolument tout élément d'optique et voir très nettement les moindres détails d'un fond d'œil, mais ce n'est pas à cela seulement que l'ophtalmoscopie doit servir et l'auteur a justement pensé que des notions d'optique et l'étude de la réfraction oculaire étaient indispensables pour celui qui, sur ce terrain, désire nettement comprendre ce qu'il voit et où il va.

Ces notions sont d'ailleurs « essentiellement pra-

Ce n'est qu'après 1800 que Bichat a été nommé médecin auxiliaire.

Si, après cette longue et monotone chronologie, nous nous demandons ce qui reste de la plupart de ces médecins, nous sommes obligés d'avouer qu'ils n'ont guère laissé de traces dans la science médicale. Jusqu'au commencement du XIX^e^ siècle, c'était un simple rapport fait au bureau de l'Hôtel-Dieu qui déterminait la nomination des médecins de l'Hôtel-Dieu. Les recommandations et les relations étaient alors — comme aujourd'hui — un coefficient considérable. Le conseil des hospices, fondé le 4 décembre 1801, a réglementé le service hospitalier et le concours a remplacé la présentation. On a vu cependant quelques services spéciaux, en dehors de l'Hôtel-Dieu, dans lesquels les médecins avaient été nommés directement, sans concours.

Aujourd'hui, le concours est la règle partout, pour les hôpitaux, pour les dispensaires, pour Saint-Lazaire, pour les bureaux de bienfaisance, excepté pour le professorat, où il a été aboli en 1852. Nous nous demandons pourquoi cette différence dans le recrutement. Si le concours est bon, pourquoi l'avoir supprimé? S'il est mauvais, pourquoi le maintenir ? Le concours et l'élection ont tous les deux leurs avantages et leurs inconvénients, leurs partisans et leurs détracteurs. Cependant, en y réfléchissant, on reconnaît que la différence est plus apparente que réelle. Tous les candidats le savent et le disent : Ce qu'il leur faut, c'est *leur jury* ; ce sont leurs anciens maîtres qui les soutiendront ; car sur vingt candidats qui se présentent, il en est une dizaine dont le savoir, les titres et les mérites sont presque égaux. Depuis cinquante-quatre ans que nous nous sommes assis sur les bancs de la Faculté, nous avons vu fonctionner les deux systèmes et, sans faire de personnalités, nous pouvons dire que des médecins de valeur incontestable sont restés sur le carreau. Si le mode de recrutement pèche, c'est par un côté : lequel?

Devine si tu peux et choisis si tu l'oses,
a dit Corneille.

A. CORLIEU.

tiques ». Il n'y a aucune formule rébarbative et cependant le lecteur qui aura lu attentivement ces pages, d'ailleurs clairement écrites, saura tout ce qu'il est indispensable de savoir sur les miroirs, les dioptries sphériques ou elliptiques, les systèmes centrés, les lentilles sphériques ou cylindriques; il comprendra très facilement ce que signifient ces mots : *points focaux*, *points principaux*, *points nodaux* qui reviennent constamment dans l'étude de la réfraction oculaire, et l'*œil réduit* n'aura plus pour lui de mystère.

M. Rollet décrit très nettement de même les divers états de réfraction statique de l'œil, l'examen de l'œil à l'éclairage oblique et à l'ophtalmoscope et la détermination de la réfraction statique avec cet instrument. Toute cette première partie est excellente et sera lue avec avantage par tous ceux qui veulent manier un ophthalmoscope.

La deuxième partie, c'est la description du fond de l'œil normal et de ses altérations pathologiques. Ce livre constitue en somme un atlas où chaque planche est accompagnée d'une observation suffisamment détaillée.

Parmi les opinions personnelles à l'auteur, signalons celle relative à la pathogénie de la névrite optique. Les névrites optiques peuvent, à son avis, se produire sous l'influence de deux mécanismes différents qui se combinent parfois : il y a névrite optique ou papillite infectieuse à la suite des méningites microbiennes, de certaines entérites, des suppurations intra-craniennes ou orbitaires; il y a stase papillaire ou mieux œdème de la papille à la suite des néoplasmes encéphaliques, des hémorrhagies cérébrales; il y a enfin, parfois, œdème et inflammation, c'est la papillite œdémateuse.

Les atrophies papillaires sont très bien décrites; M. Rollet montre nettement les caractères distinctifs de l'atrophie blanche et de l'atrophie grise; à propos de l'atrophie tabétique, il insiste justement sur l'antagonisme qui existe entre les phénomènes oculaires et les phénomènes dus à la sclérose des cordons postérieurs; s'il avait à s'occuper du traitement, il montrerait sans doute aussi la différence qui doit exister dans la thérapeutique de ces deux ordres de symptômes; il dirait combien le traitement par l'iodure et le mercure est généralement nuisible aux tabétiques oculaires, notion qui, plus répandue, retarderait au moins la cécité d'un bien grand nombre d'ataxiques.

M. Rollet donne de même une très bonne description des phénomènes ophthalmoscopiques du glaucome : « L'excavation papillaire, dit-il, est de tous les signes celui qui a la plus haute valeur, mais il n'apparaît qu'au bout d'un certain temps, le refoulement ne se produisant que progressivement. » Il aurait pu ajouter que dans les cas de glaucomes aigus opérés de bonne heure par iridectomie, l'excavation papillaire peut faire complètement défaut.

A propos des corps étrangers de la rétine, l'auteur n'indique pas, et cela nous paraît être une lacune regrettable dans ce livre, les moyens de déterminer par l'ophthalmoscope la situation exacte de ces corps étrangers; cette détermination est cependant indispensable lorsqu'il s'agit d'un corps étranger métallique justiciable de l'électro-aimant.

M. Rollet décrit deux formes de rétinite pigmentaire syphilitique : la rétinite pigmentaire étoilée qui est la forme habituelle et la rétinite pigmentaire circinée dont il n'est pas question dans les auteurs. Celle-ci est caractérisée par des cercles ou des demi-cercles noirâtres disposés irrégulièrement dans le fond de l'œil. Ces petits amas pigmentaires sont rétiniens et non choroïdiens, car s'ils se trouvent au devant d'un vaisseau, ils le masquent. On retrouve là le mode de groupement qu'affectionne l'élément éruptif de la syphilis, c'est-à-dire la tendance à la forme circinée ou à un dérivé de cette forme.

L'auteur décrit de même une rétinite syphilitique scléro-gommeuse qui présente les caractères suivants : à l'ophthalmoscope on remarque de petits flocons ronds et laiteux, de petites masses de couleur gris blanchâtre; ces corpuscules sont appendus aux petites branches terminales des artères de la rétine comme les grains de raisin à leur grappe. Aux alentours on peut noter de petites infiltrations rétiniennes ponctuées d'aspect jaunâtre ou grisâtre, ayant peu de tendance à se réunir ou à se pigmenter. Ces lésions se reconnaissent à la périphérie vers les branches les plus fines des artères ou au niveau des artérioles périmaculaires. C'est en réalité la rétinite centrale récidivante de de Graefe.

Après la description ophtalmoscopique des affections de la choroïde et des tumeurs de l'œil, M. Rollet termine par deux chapitres, l'un est consacré aux malformations du fond de l'œil, colobomes du nerf optique ou de la choroïde albinisme; l'autre, qui est une nouveauté dans nos livres d'ophtalmologie est consacré à la description du fond de l'œil de nos principaux animaux domestiques. Cela n'a peut être pas encore beaucoup de conséquences pratiques, mais c'est très intéressant.

Il nous reste à parler des 50 photographies en couleurs dont le livre est pourvu; nous savons bien que Lyon est la ville où l'on fait le mieux la photographie en couleurs et nous avons vu de très belles épreuves de ce genre dues à MM. Lumière; mais elles étaient loin d'égaler la richesse de coloris de celles qui sont reproduites dans l'ouvrage de M. Rollet. La photographie du fond de l'œil en noir est déjà chose fort difficile et pour obtenir directement des photographies en couleur du fond de l'œil ayant la précision et la netteté des figures contenues dans ce livre, il faudra faire encore bien des progrès. En revenant à la préface, nous nous apercevons que l'indication portée en sous-titre du livre était erronée et qu'il s'agit ici seulement de photochromo-gravures. Telles qu'elles sont, ces gravures sont néanmoins excellentes et fort exactes.

C'est donc là un très bon livre, très bien fait et très

utile. Je viens de le lire tout entier avec plaisir et sans en passer une ligne; j'engage beaucoup ceux que l'ophtalmologie intéresse a en faire autant.

A. CHEVALLEREAU.

REVUE DE LA PRESSE

Les cures de lait dans les maladies de l'estomac, par BOAS. (*Blatter f. Klin. Hydrotherapie*, n° 9. — Le régime lacté offre une importance capitale dans la thérapeutique des troubles digestifs; on l'a appliqué aux maladies les plus diverses de l'appareil digestif avec plus ou moins de succès, parfois avec un résultat plutôt nuisible. Cette différence dans les effets du régime lacté ne tient pas seulement à une tolérance variable suivant les malades, mais aux transformations que subit le lait au cours de la digestion.

Dans quelques cas de maladies digestives, le lait n'est pas seulement un aliment, mais un remède souverain. Il en est ainsi pour la gastrite folliculaire et pour l'ulcère rond. Surtout dans ce dernier cas où il faut éviter toute action mécanique qui serait traumatique, le régime lacté tient mieux sa place que tout autre régime et en outre salure l'acide en excès.

Le lait est encore utile dans certaines affections de l'estomac qui compliquent l'anémie, la phtisie, et qui se traduisent par les symptômes de l'insuffisance gastrique. Il n'y a, par contre, aucune règle à poser dans le traitement des dyspepsies nerveuses, et Boas recommande ici d'essayer empiriquement le régime lacté.

Le lait est très mal supporté dans les dyspepsies avec hypochlorhydrie. Il faut d'abord débarrasser l'estomac des masses jaunes, épaisses, non coagulées dont l'odeur est celle des acides gras, avant de prescrire le lait. A l'absence de coagulation se joint ici le danger des fermentations.

Au contraire, le lait est indiqué dans tous les rétrécissements du pylore, non comme régime exclusif, mais comme aliment, à petites doses et cuit avec diverses farines. Le lait est indispensable dans les cas d'insuffisance motrice et chimique, c'est-à-dire dans les cas de cancer du pylore et d'hypertrophie de cette région.

Le lait est moins indiqué dans les atonies et l'insuffisance mécanique sans sténose, car il faut épargner le muscle stomacal et l'ingestion de grandes quantités de lait irait contre cette indication. De même le régime lacté est contre-indiqué dans les cas de flatulence, dans les diarrhées chroniques, la tuberculose intestinale, la dégénérescence amyloïde de l'intestin, les ulcérations de cet organe. Cependant, dans quelques cas, le lait chaud peut être supporté. Il ne faut pas oublier que le lait constipe généralement.

La digestibilité du lait peut être accrue, par exemple, par l'addition de crème de gruau ou d'orge, par l'addition d'eau de chaux, de cognac, ce dernier agit en diminuant les fermentations.

Dans quelques cas de troubles digestifs, la crème, en raison des matières grasses qu'elle renferme, peut rendre des services. Elle est indiquée dans les cas où il faut restreindre les liquides. Certains laits soumis à la centrifugation sont plus riches en beurre et peuvent rendre des services. Le koumys et le kefir ont des applications moins générales, mais méritent cependant d'être utilisés dans les affections gastro-intestinales.

L. J.

L'alimentation sous-cutanée par l'huile d'olive. — Les injections sous-cutanées d'huile d'olive ne sont pas une nouveauté. Depuis longtemps, le Dr Roussel les a utilisées et a même admis une transformation locale de l'huile injectée en tissu adipeux. Le Dr du Mesnil de Rochemont a publié dans le *Deutschen Archiv. f. Kl. Med.*, un travail intéressant en ce qu'il montre la possibilité d'injecter de hautes doses et d'alimenter les malades au moyen de ces injections. 28 malades de l'hopital d'Altona ont reçu plus de 300 injections. L'huile d'olive doit être stérilisée, puis portée à la température du corps, elle est injectée au moyen d'un appareil spécial sous la peau qu'il faut désinfecter. Pour ne pas être douloureuse, l'injection doit être poussée lentement, sous une faible pression, de manière à faire rentre 100 cc. d'huile en une demi-heure ou en une heure. On a injecté 50 à 200 grammes par dose sans qu'il se soit produit aucune réaction du côté de la peau. La piqure peut être rendue indolore au moyen de chlorure d'éthyle; la douleur est surtout produite par la dilacération du tissu sous-cutané par l'injection qui doit, par conséquent, être faite lentement. Le mieux est de n'injecter que 60 grammes à chaque piqure. Le résultat de ces injections est parfois surprenant. Un phtisique très amaigri, ne pouvant plus s'alimenter, a reçu en dix-huit jours en injections 2.600 grammes d'huile d'olive et a gagné 3.500 grammes, malgré l'expectoration profuse et une diarrhée abondante.

Du Mesnil de Rochemont considère donc l'alimentation sous-cutanée par l'huile comme étant tout à fait rationnelle dans les cas d'amaigrissement poussé jusqu'à la disparition des réserves graisseuses. L'huile injectée se résorbe lentement et l'économie s'en empare sans qu'on observe des conséquences fâcheuses. L'huile agit alors comme moyen d'épargne de l'albumine dans l'organisme en état d'inanition, que les échanges soient normaux ou exagérés, l'organisme utilisant le plus souvent toute l'huile injectée.

L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 octobre 1898. — Présidence de M. VAN TIEGHEM

Observations sur la transformation supposée de la graisse en glycogène. — M. BERTHELOT. J'ai lu avec

beaucoup d'intérêt la Note présentée dans la dernière séance par notre excellent confrère, M. Bouchard. Il a constaté ce fait important que l'homme et le chien, dans certaines conditions, peuvent augmenter de poids, d'une façon transitoire, pendant une période de leur existence où ils ne consomment aucun aliment ; ce fait doit être rapproché des observations analogues déjà faites sur les animaux hibernants. Notre confrère l'attribue avec raison à une absorption d'oxygène, accumulé dans l'économie, sans que son poids soit compensé par une perte égale, sinon plus grande, due aux excrétions, et notamment aux produits gazeux, tels que l'acide carbonique et la vapeur d'eau, éliminés tant par la surface cutanée que par la surface pulmonaire.

Il s'agit de savoir sous quelle forme cet oxygène entre en combinaison avec les principes immédiats de l'économie : c'est sur ce point que je demande à notre confrère la permission de lui soumettre quelques remarques, en réponse à l'appel que son travail semble faire aux opinions des chimistes, et de justifier les doutes soulevés, non certes sur les faits annoncés, mais sur des interprétations, déjà mises en avant par d'autres personnes, quoique fondées seulement sur des calculs incertains. Il importe de ne pas solidariser les découvertes remarquables faites par les physiologistes dans ce domaine avec les conjectures relatives à l'oxydation spécialisée des principes immédiats, et à l'origine du glucose et du glycogène dans l'économie.

En principe, quel que soit le processus suivi dans l'organisme d'un adulte à l'état de santé parfaite, il est certain qu'aucune classe de principes ne s'y accumule indéfiniment : dès lors une fixation momentanée d'oxygène ne saurait résulter que de la formation de produits transitoires. Ce sont ces produits qu'il convient de rechercher parmi les trois groupes : albuminoïdes, graisses, hydrates de carbone, ou les combinaisons réciproques des dérivés d'un groupe avec les dérivés des autres.

Est-il vrai d'abord que les albuminoïdes existant au sein de l'économie doivent être mis hors de cause dans les fixations d'oxygène ? Je ne connais aucun fait qui autorise une semblable opinion. Au contraire, il est établi que les albuminoïdes, tout en éprouvant divers dédoublements et réactions, mal connues d'ailleurs, subissent des oxydations graduelles et aboutissent à la formation de composés incomplètement brûlés, tels que les corps de la série urique et l'urée lesquels sont nécessairement des produits d'oxydation directe ou indirecte : je veux dire que les albuminoïdes peuvent être, soit oxydés en bloc, puis dédoublés par hydratation en nouveaux principes susceptibles à leur tour d'oxydations ultérieures : soit dédoublés d'abord par hydratation, en principes oxydables individuellement ; soit dédoublés et oxydés dans la même réaction et d'un seul coup. Dans tous les cas, l'azote du composé initial demeure ainsi uni à peu près en totalité avec une portion du carbone primitif et de l'oxygène fixé, sous la forme de produits successifs et finalement d'urée et corps congénères. Soit une oxydation finale, aboutissant, bien entendu, à l'urée, et admettons que l'urine d'un homme soumis à une alimentation mixte élimine en vingt-quatre heures 15 gr. à 16 gr. d'azote sous cette forme ; cette élimination représente la destruction de 100 gr. environ de principes albuminoïdes (secs), ces principes étant empruntés, soit directement aux aliments, soit aux matériaux usés de l'économie, que ces aliments viennent reconstituer. Ce poids d'albuminoïdes prendra à l'extérieur, dans ces conditions d'oxydation complète, 157 gr. d'oxygène, en éliminant 166 gr. d'acide carbonique. Or, l'acide carbonique produit renfermant seulement 114 gr. d'oxygène, il y a en réalité 43 gr. d'oxygène fixés dans ces conditions d'oxydation supposée complète avec urée, en admettant qu'il n'y ait pas excrétion d'urée. Malgré cette fixation, il y aurait, en définitive, une perte de poids de 166 — 157, c'est-à-dire de 9 gr. par jour, soit 0 gr.,6 environ par heure.

Ceci suppose, je le répète, une oxydation complète, avec urée ; mais, mais si l'on fait intervenir la production de l'acide urique, de l'acide hippurique et celle des produits azotés ou non d'oxydation moins avancée des albuminoïdes, il sera facile de construire *à priori* des équations, en vertu desquelles ces produits, joints à l'eau retenue dans le corps humain, représenteraient un accroissement de poids correspondant à la fixation momentanée de 20 grammes ou de 40 grammes d'oxygène, sur le poids considérable qui répond à l'ensemble des principes albuminoïdes constitutifs du corps humain.

Tâchons de préciser davantage. Ce qui fait la difficulté de ce genre d'études, c'est l'ignorance où nous sommes de la nature des produits intermédiaires de transformation des albuminoïdes dans l'économie. On peut admettre qu'il s'y forme, au début des oxydations, soit des composés de l'ordre des oxyprotéine sulfonée et peroxyprotéine de Maly, soit des dérivés par dédoublement, tels que les glucoprotéines, les leucéines et autres corps étudiés avec tant de persévérance par Schutzenberger, corps susceptible d'oxydation ultérieure ou simultanée avec le dédoublement même. C'est dans cet ordre de composés qu'il conviendrait, à mon avis, de rechercher l'une des sources des fixations d'oxygène observées par M. Bouchard ; et j'ajouterai l'origine de la formation du glucose et du glycogène dans l'économie : peut-être même, conjointement avec les hydrates de carbone et les corps gras venus des aliments, l'origine de la formation des graisses. Pour nous borner aux fixations d'oxygène, on doit remarquer que la production de l'oxyprotéine résulte de l'addition de 3 centièmes d'oxygène avec l'albumine, et celle de l'acide peroxyprotéique résulte de l'addition de 14 centièmes d'oxygène. Pour 40 grammes d'oxygène fixé sur le corps humain à l'état d'oxyprotéine, cela ferait 1200 grammes d'albuminoïde oxydé partiellement ; si c'était à l'état de peroxyprotéine, 300 grammes seulement, sans qu'il soit nécessaire de supposer, d'après les équations de transformation admises, une production d'acide carbonique. Ces poids représentent, après tout, des fractions peu considérables du poids total des principes albuminoïdes, mis en contact avec le sang par la circulation pendant une heure.

Le glucose et le glycogène sont également susceptibles de fixer de l'oxygène par degrés ménagés, jusqu'à la formation de l'acide oxalique, par exemple, sans produire de composés gazeux. Mais leur proportion est si faible dans l'économie que cette fixation ne saurait rendre compte d'un accroissement de poids tel que 40 grammes en une heure. En effet, le poids du glucose libre constaté dans les analyses ne surpasse guère 20 grammes pour la totalité du corps humain, et celui du glycogène lui est probablement inférieur. Rappelons que les chimistes admettent en général que ce glucose et ce glycogène dérivent principalement

des albuminoïdes ; guidés, non par des considérations purement conjecturales, mais par des inductions tirées de la présence dans l'organisme de certains principes albuminoïdes formant transition, et qui produisent du glucose par des procédés de laboratoire, tels que la chondrine chez les Vertébrés, et la chitine chez les Insectes et les Crustacés.

L'oxydation des corps gras contenus dans l'économie pourrait être invoquée à juste titre. Déjà l'oxydation totale de la stéarine, $C^{57} H^{110} O^6$, déterminerait un accroissement de poids, conformément à la remarque de M. Bouchard. Pour que cet accrosssement atteignit à 40 grammes, il devrait porter sur 356 grammes des corps gras, pose fort considérable. En outre, il exigerait le dégagement simultané d'un kilogramme environ d'acide carbonique, dose inacceptable pour un phénomène constaté au bout d'une heure car elle égale ou surpasse le poids de l'acide carbonique dégagé par l'homme en vingt-quatre heures. Ce n'est donc pas de ce côté, comme le fait justement observer notre confrère, que l'explication peut être cherchée ; mais ce n'est pas une raison pour exclure une simple oxydation des corps gras.

En effet, les corps gras contenus dans l'économie sont également susceptibles de s'oxyder, sans dégager de gaz. C'est ce qui arriverait, notamment, dans une oxydation changeant l'acide stéarique, $C^{18} H^{36} O^2$, soit en acide oléique $C^{18} H^{34} O^2 + H^2 O$, ou bien encore l'acide $C^{16} H^{32} O^2$ (ancien acide margarique) ou un acide polybasique de même richesse en carbone, hamologue de l'acide oxalique ; par exemple

$$C^{16} H^{32} O^2 + O^3 = C^{16} H^{30} O^4 + H^2 O^2$$

Au lieu d'envisager l'acide stéarique ou margarique, on pourrait mettre en jeu la stéarine ou la margarine et, au besoin, l'oxydation de la glycérine, dont l'association à ces acides les constitue.

Pour 40 gr. d'oxygène fixé, 200 gr. seulement des corps gras seraient ainsi transformés : ce qui n'a rien d'excessif. La fixation est de 20 pour 100 du poids du corps gras. C'est à des phénomènes de cet ordre que l'on serait autorisé à attribuer, à la rigueur, les augmentations de poids de certains animaux nourris de graisse par M. Bouchard, augmentation qui n'a pas dépassé quelques centièmes du poids de la graisse ingérée. De telles oxydations n'ont rien d'invraisemblable ; car les corps gras soumis à une oxydation spontanée lente sont susceptibles d'éprouver des réactions de cet ordre, comme le montre l'analyse que j'ai faite des corps gras renfermés dans un flacon trouvé dans une nécropole près de Reims (1)

Quant à la transformation de la graisse en glucose et en glycogène, elle peut se faire sur le papier en vertu d'un nombre illimité de réactions ; c'est un problème indéterminé dont j'ai donné le calcul général et exact dans un Mémoire *Sur la glucogénèse et la thermogénèse dans l'économie* (*Ann. de Chim. et de Phys.*, 7e série, t. XI, p. 557). M. Bouchard emprunte l'une de ces formules particulières, qu'il n'y a d'ailleurs aucune raison de préférer aux autres. D'après la solution la plus simple que j'ai donnée, laquelle suppose tout le carbone des corps gras changé en glucose sans dégagement d'aucun gaz, on obtiendrait pour 0,881 d'oxygène fixé : 1 gr. 921 de glucose, ou 1 gr. 729 de glycogène ; c'est-à-dire sensiblement le double du poids de l'oxygène fixé : c'est le maximum.

(1) *Annales de Chimie et de Physique*, 7e série, t. XII, p, 448.

Loin d'expliquer la formation des sucres par une oxydation des corps gras (1), ce sont au contraire, dans les réactions connues des chimistes, les corps gras qui prennent naissance aux dépens des sucres : l'acide butyrique, par exemple, dans une fermentation bien connue ; dans certaines autres, les alcools gras, $C^n H^{2n} + H^2O$, générateurs des acides gras par oxydation. L'acide lévulique, produit normal du dédoublement des sucres par voie purement chimique, se rattache pareillement à l'acide oxyvalérique.

Sans doute, *a priori*, tout est possible. Mais avant d'admettre la réalité d'une réaction qui change les acides gras de la graisse en sucre, les chimistes sont autorisés à en réclamer la démonstration : je veux dire, dans le cas présent, la preuve qu'il se serait formé en une heure 80 gr. de glycogène additionnel dans l'économie humaine, dose probablement beaucoup plus grande que celle qui existe dans l'état normal.

Il doit être possible de constater chez un animal un accroissement de glycogène de cet ordre.

On est en droit d'ailleurs, et *a fortiori*, de réclamer la même démonstration des physiologistes qui admettent que l'accroissement de poids des animaux hibernants est attribuable à la transformation de leur graisse en glucose et glycogène. La graisse disparaît en fait et le glucose augmente pendant l'hibernation. Mais ces animaux renferment de 20 à 40 centièmes de leur poids de graisse, au début de cette période de leur existence ; il serait dès lors nécessaire de constater une formation de glucose ou de glycogène de cet ordre de grandeur, simplement pour rendre compte de la conservation du poids de l'animal. La grande sensibilité des réactions du glucose, qui permet d'en accuser les moindres traces, a causé bien des illusions à cet égard sous le rapport quantitatif ; or il s'agit ici de quantités énormes ; il faut les prouver.

En somme, d'après l'ensemble des relations exposées dans la présente Note, et jusqu'à ce que les expériences et dosages que nous réclamons aient été exécutés, il paraît plus vraisemblable de rechercher la permanence de poids de l'animal hibernant dans une oxydation partielle des albuminoïdes, avec formation de produits spéciaux.

Une dernière remarque pour terminer et préciser le problème soulevé par la communication si intéressante de M. Bouchard. La fixation de 40 gr. d'oxygène en une heure sur le corps humain représente sensiblement la totalité de l'oxygène absorbé en moyenne par un homme adulte pendant cet intervalle. En outre, pour que son poids s'accrût de cette quantité, il faudrait qu'il n'exhalât ni acide carbonique, ni vapeur d'eau : ce qui n'est guère admissible dans les conditions où un tel accroissement de poids est observable. Il paraît donc nécessaire que la respiration soit beaucoup plus active à ce moment que dans l'état moyen, et cependant que le coefficient respiratoire $\frac{CO^2}{O}$ soit considérablement abaissé. Ce sont là des données accessibles à l'observation.

Je ne voudrais pas que l'on se méprît sur la pensée de ces observations. Elles n'ont d'autre but que d'appeler l'at-

(1) J'en excepte le changement en sucre du dixième du poids d'un corps gras neutre, susceptible de fournir les éléments de la la glycérine : changement que j'ai constaté en 1857 (*Annales de Chimie et de Physique*. 3e série, t. L. p. 269) dans des conditions de fermentation de la glycérine ; mais il ne se rattache pas aux acides gras eux-mêmes.

tention sur les problèmes chimiques que les nouvelles découvertes soulèvent et de suggérer l'orientation des observations et expériences qui en donneront l'interprétation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 octobre 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

Actinomycose de l'ombilic. — M. Reboul rapporte une observation d'actinomycose de l'ombilic par inoculation directe.

Rapports de prix. — M. Ch. Monod lit son rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Meynot.

M. Motet lit le rapport sur le concours du prix Baillarger.

M. Huchard lit le rapport sur le concours du prix Herpin.

Tumeurs du gros intestin et résections intestinales. — M. Jules Bœchel (de Strasbourg). — Les résections du gros intestin, faites de propos délibéré, dans les cas de tumeur de cet organe, sont loin d'être des opérations courantes. Cela tient d'abord à ce que les tumeurs du gros intestin sont souvent méconnues, parce que les symptômes qu'elles engendrent sont assez vagues.

En second lieu, à ce que l'affection, lorsqu'on l'a reconnue, a généralement pris une extension telle que l'opération est jugée impraticable. La seule ressource pour prolonger la vie du malade consiste alors à faire un anus artificiel : Cette opération purement palliatrice peut être indiquée d'urgence, en cas d'occlusion intestinale menaçant la vie à brève échéance.

Le rôle du médecin consistera donc à reconnaître la maladie le plus tôt possible afin que le chirurgien puisse agir en temps utile ; alors seulement son intervention pourra être réellement efficace et vraiment curative, sans garantie durable toutefois pour l'avenir, lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes.

M. Jules Boeckel a opéré trois femmes de 40, 43 et 47 ans. La première était atteinte d'une tumeur du cæcum, de nature tuberculeuse ; les deux autres d'un carcinome du colon descendant et ascendant.

Chez l'une d'elles, il fit avec succès la résection d'une notable portion du colon descendant dans le voisinage de la courbure splénique. Il sutura bout à bout les deux tronçons d'intestin divisés, referma le ventre et obtint une guérison absolue le 20e jour.

Chez les deux autres, il réséqua le cæcum avec l'appendice, plus une portion du colon ascendant et de l'iléon, bien au-delà des limites du mal, et établit une communication entre l'intestin grêle et le gros intestin, grâce à une implantation latérale du premier sur le second (iléo-colostomie par implantation).

La première de ces opérées guérit au bout d'une dizaine de jours et put reprendre ses fonctions au bout de six semaines. Elle est restée bien guérie depuis lors.

La seconde mourut le 6e jour ; elle avait évidemment été opérée trop tard, car sa tumeur, de nature cancéreuse, avait déterminé des métastases étendues sous forme de noyaux cancéreux énormes, dans le foie, dans le péritoine et dans les ganglions rétro-péritonéaux.

A 4 heures 25, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des rapports lus en séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 octobre 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Des méningites curables. — M. Dalché. J'ai observé une malade ayant présenté d'abord des signes d'embarras gastrique sans fièvre, puis, au bout de deux ou trois jours, des troubles visuels ; six jours après elle fut frappée d'ictère et on put constater chez elle l'existence d'une hémiplégie gauche. Plusieurs médecins portèrent comme moi le diagnostic de méningite aiguë. Deux mois après nous vîmes se développer chez la fille de cette malade, qui l'avait soignée, une myélite infectieuse. Il est difficile de voir entre ces deux observations une simple coïncidence ; nous croyons au contraire qu'il faut les rapprocher et voir dans ces deux cas deux localisations différentes d'un même processus morbide, le même agent infectieux s'étant localisé chez la mère au niveau des méninges crâniennes et chez la fille au niveau des cellules médullaires. Ces faits de contagion pourraient expliquer la grande fréquence des myélites pendant ces derniers mois et pourraient être rapprochés des cas de contagion bien connus de paralysie infantile.

M. Nétter. L'explication de M. Dalché semble très admissible ; l'agent pathogène de la méningite cérébro-spinale peut se développer en des points différents de l'axe cérébro-spinal. On pourrait rapprocher de ces faits un cas publié récemment par Schulze, dans lequel on constata une paralysie des membres supérieurs et où la ponction lombaire exploratrice fit découvrir la présence du méningocoque ; le même agent infectant le canal rachidien peut donc produire tantôt des troubles méningés, tantôt des phénomènes myélitiques avec participation minime des méninges.

M. Rendu. Dans le fait de M. Dalché une chose surprend, c'est la longue durée de l'incubation, la fille ayant été prise deux mois après sa mère. Le plus souvent, dans les cas de contagion, celle-ci se fait en quelques jours.

M. Chauffard. Dans ce cas il ne faut pas dire contagion à proprement parler, mais plutôt contamination de milieu.

M. Nétter. C'est en effet par contamination du milieu que se fait la contagion. Les germes existent dans les sécrétions nasales des malades, et se répandent de là dans l'atmosphère ; c'est vraisemblablement de cette façon que se fait la contamination.

Lymphadénome du cou et du médiastin traité par les injections de naphtol camphré. — M. Fernet. J'ai présenté il y a deux ans, à la Société, un malade atteint de lymphadénome et chez lequel j'avais pratiqué des injections intra-ganglionnaires de naphtol camphré. J'ai pu, depuis cette époque, expérimenter ce mode de traitement chez une jeune femme de vingt-deux ans atteinte de lymphadénome des ganglions du cou, du médiastin, de l'aisselle et du canal rachidien. Je fis treize injections de naphtol camphré ; à la suite de ces injections, je constatai une amélioration dans les signes provoqués par les masses ganglionnaires : diminution de l'œdème et du volume du cou. Cette malade étant morte d'un érysipèle contracté dans le service, l'autopsie nous montra qu'il s'agissait bien d'un lymphadénome et nous pûmes constater que les ganglions au niveau desquels nous avions pratiqué nos injections avaient subi un travail de nécrose en masse.

Ce traitement ne saurait guérir un lymphadénome généralisé, mais comme cette maladie est probablement la conséquence d'une infection buccale et que pendant quelque temps elle reste localisée aux ganglions du cou, on peut espérer pouvoir arrêter son développement en agissant sur ces ganglions primitivement envahis.

SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 20 juillet 1898. — Présidence de M. L. Gourichon.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend : Les journaux habituels; une lettre de M. A. J. Martin demandant au Secrétaire général de convoquer en son cabinet les médecins des XI^e et XX^e arrondissements pour leur faire une communication à propos de la désinfection chez les tuberculeux soignés à domicile. Le mardi 5 juillet, M. A. J. Martin explique à nos collègues de ces deux arrondissements qu'on avait été obligé de s'arrêter dans la désinfection chez les tuberculeux à domicile par suite du manque d'hommes et d'argent. Or, le Conseil municipal venant d'augmenter la subvention du service de désinfection de 80.000 francs, il est possible de désinfecter actuellement 500 tuberculeux de plus que précédemment. La population comprendra peu à peu l'intérêt si grand qui s'attache pour elle à ces questions de désinfection et n'opposera, nous l'espérons, aucune résistance à nos agents. Nos collègues des deux arrondissements convoqués, ayant donné le chiffre approximatif de leurs tuberculeux, il est convenu que le 20^e arrondissement sera désigné en entier pour continuer l'essai de désinfection déjà tenté dans certains quartiers précédemment choisis. Lettres de MM. Bimsenstein et Gibert, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. — Lettre de candidature du D^r Calmeau (XI^e arr.), rue Oberkampf, 99. Commission : MM. Billon, Séailles et Rinzelbach, rapporteur. — Une lettre de candidature du D^r Cange (XI^e arr.), faubourg du Temple, 61. Commission : MM. H. Gourichon, L. Gourichon et Bois, rapporteur. — Une lettre de candidature du D^r Bonnemaison (XVII^e arr.), rue Mignet, 2. Commission : MM. Séailles, Benoit, et Dufourmer, rapporteur.

M. le Secrétaire général. Messieurs, nous avons eu, dans des temps assez éloignés, des médecins ayant fait partie des bureaux de bienfaisance nommés médecins des hôpitaux et devenus célèbres; je citerai MM. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, et Dujardin-Beaumetz, aussi membre de l'Académie. Aujourd'hui, depuis que le concours existe, pour la première fois, un membre de cette société vient d'être nommé médecin des hôpitaux. Je suis fier, comme secrétaire général et comme parent, d'avoir à proclamer ici le nom de M. Henri Triboulet, qui vient, comme son père autrefois, de passer un très brillant concours. Vous vous souvenez, sans doute, que déjà il avait été le premier de sa promotion au concours des bureaux de bienfaisance.

Souhaitons, Messieurs, que son exemple soit suivi par tous nos jeunes collègues et qu'ainsi on arrive, petit à petit, à cette solution que préconisent beaucoup d'entre nous : *ne parvenir aux hôpitaux qu'après avoir passé par le service à domicile.*

M. Triboulet n'oubliera pas, je m'en porte garant pour lui, qu'il a été notre collègue et saura apprécier les services si importants que nous sommes appelés à rendre à la population malheureuse de Paris.

M. le Président. Je vous propose, Messieurs, d'envoyer à M. Triboulet les félicitations de la Société et nous chargerons M. le secrétaire général de les lui faire parvenir (*adopté*).

M. le Secrétaire général. A la suite du dernier concours, ont été nommés médecins des bureaux de bienfaisance, les confrères dont les noms suivent. La liste n'a pas encore été publiée dans le bulletin municipal officiel. IV^e arrondissement, M. le D^r Morisse; V^e arr., M. le D^r Darin; VII^e arr., M. le D^r Mary; IX arr., M. le D^r Lapointe; XI^e arr., M. le D^r Cange; XII^e arr., M. le D^r Dubreuil; XIII^e arr., MM. les D^rs Forestier, Archambault, Hiard; XV^e arr., M. le D^r Chastenet; XVII^e arr., M. le D^r Bonnemaison; XVIII^e arr., MM. les D^rs Mancheimer, Collet, Héron de Villefosse; XIX^e arr., MM. les D^rs Bodin, Lébas.

J'ai également le très vif plaisir de vous annoncer la nomination comme officiers d'Académie de notre ancien président et très sympathique collègue de Pradel et celle de M. Daniel.

M. Noir occupe maintenant les fonctions de secrétaire de la rédaction du *Progrès médical* : nous lui adressons nos compliments bien sincères.

M. le Président Gourichon, M. Séailles et moi, avons été présenter à M. Bruman, secrétaire général de la Préfecture de la Seine, le travail de Séailles sur la question des bains dans les bureaux de bienfaisance. M. Bruman, qui nous a fait le plus charmant accueil, nous fera convoquer en temps opportun devant la commission compétente.

Le bulletin municipal du 30 juin indique la création de trois services de distribution de lait stérilisé, rue Larochefoucauld, 25, rue Saint-Benoit, 18 et rue Gauthey, 43 (maisons de secours).

Le bulletin municipal du 2 juillet donne la discussion du rapport de M. Faillet sur le fonctionnement des bureaux de bienfaisance. Voici le passage qui a trait à l'assistance médicale à domicile :

« Je passe maintenant à l'assistance médicale.

Nous n'avons pu aborder cette question, les documents budgétaires ne nous ayant pas été fournis dans des conditions suffisantes pour nous faire une opinion.

Certains praticiens déclarent que l'Administration, en ne leur témoignant pas la considération que mérite leur caractère, abaisse la fonction; qu'en ayant sectionné le service sans examen sérieux du quartier et de son étendue, le médecin ne peut voir le malade avec célérité et avec suite — éléments précieux de la guérison quand il s'agit de maladies aiguës. L'ouvrier ayant le plus souvent recours à l'hôpital, le médecin est dérangé pour de malheureux chroniques, tuberculeux et autres, et des paralytiques. En ces

cas, quels médicaments? — ceux dont l'ordonnance est permise sont dérisoires.

Sans doute, on ne saurait en vouloir à un malade qui, dans son apeurement et son ignorance, se croit en péril et envoie chercher au Bureau la feuille d'appel ; mais, combien le font-ils pour des riens, pourquoi? parce que la visite est gratuite ; quelquefois pour s'assurer si un autre médecin a diagnostiqué à son idée.

En ce qui concerne le service des sages-femmes, il exige de sérieuses réformes. Plusieurs bureaux expriment le vœu que le nombre en soit restreint et proportionnel à la population, afin qu'au moins ce personnel, assuré de vivre, soit aussi dans la main de l'inspection. Comment exiger ce qu'on doit exiger de malheureuses à qui le Bureau envoie dix ou vingt femmes par an?

Nous ne parlons pas du service pharmaceutique. Il semble qu'il se fasse dans de médiocres conditions. Les employés ont affaire à un trop grand nombre de personnes à la fois pour que, dans la hâte, il ne se produise pas des erreurs funestes. Le pharmacien n'a pas le temps de fournir les explications nécessaires, la clientèle est ignorante et le vocabulaire de la pharmacopée n'est pas précisément intelligible au vulgaire. Et puis l'attente est trop longue dans les pharmacies administratives. Une autre considération : le coulage. En effet, quel intérêt a un employé d'économiser les substances pharmaceutiques et le matériel?

En résumé, des notes qui nous ont été remises, des entretiens que nous avons eus avec des personnes d'expérience, il résulterait que l'assistance médicale ne rend pas des services en proportion de l'effort budgétaire : un million trois cent mille francs.

Faut-il la condamner? Non; mais l'améliorer. Mais cette question, pour importante qu'elle soit, n'est pas dans notre cadre. »

Dans le Bulletin municipal officiel du 10 juillet se trouve le projet de délibération présenté par M. Breuillé, au nom de la 5e commission, à propos des mesures à prendre pour amener la consommation du lait de bonne qualité :

« Votre 5e Commission vous propose d'adopter les projets de délibération suivants :

1° « Le Conseil,

« Vu les procès-verbaux de la Commission du lait,

« Délibère :

« L'Administration est invitée à faire le nécessaire :

« 1° Pour que les tarifs de transport des chemins de fer soient modifiés en vue d'assurer une diminution du prix du lait consommé à Paris;

« 2° Pour prendre toutes mesures et dispositions et prescrire tous règlements pour assurer l'exécution des résolutions suivantes prises par la Commission du lait :

« *a*) Mesures concernant l'hygiène et l'état sanitaire des vaches.

« *b*) Mesure concernant le transport du lait.

« *c*) Instructions concernant la stérilisation du lait.

« 3° Il ne sera vendu à Paris que du lait non mouillé et provenant de vaches saines. Le lait que les débitants désigneront comme lait de « première qualité » devra contenir de 40 à 50 grammes de beurre pour 1,000; celui de « deuxième qualité », 35 à 40 grammes; celui de « troisième qualité », de 30 à 50 grammes. Tout liquide contenant moins de 30 grammes de beurre ne peut être vendu à Paris comme lait de vache. Il devra être rejeté à ce titre de la consommation. Il sera formellement interdit de mettre en vente du lait conservé par l'addition de substances chimiques ;

« 4° La distribution du lait stérilisé à titre gratuit aux mères nécessiteuses sera généralisée. Toutes les mères secourues par la Ville de Paris, lorsqu'elles ne pourront élever complètement leur enfant au sein, recevront la provision de lait stérilisé dont elles auront besoin pour la journée ; en cas d'insuffisance de ressources, des bons payants soit pour du lait frais, soit pour du lait stérilisé, soit pour des appareils à stériliser seront mis à la disposition des mères qui ne peuvent allaiter elles-mêmes leurs enfants ; la distribution de ces bons sera faite par les soins des mairies sur l'avis d'un médecin certifiant qu'ils sont destinés à l'alimentation d'un enfant de moins de deux ans.

« Les médecins des bureaux de bienfaisance auront le droit de prescrire le lait au même titre que les autres médicaments et ce pour une période déterminée ; sur leur ordonnance, des bons gratuits de lait frais ou de lait stérilisé seront délivrés aux enfants et aux malades par les maisons de secours ou dispensaires de la Ville de Paris. La délivrance en sera faite, à la charge des parents et moyennant un prix convenu, chez des fournisseurs dont la liste sera déposée dans chaque mairie.

« 5° Il sera recommandé à la population de ne consommer aucun lait non stérilisé sans qu'il ait été bouilli au préalable. Le lait stérilisé donné aux enfants devra être réparti en petites bouteilles qui ne contiendront que la quantité nécessaire pour une seule tétée ; les petites bouteilles seront chauffées au bain-marie et maintenues pendant trois quarts d'heure dans l'eau bouillante. Le lait stérilisé industriellement ne pourra être mis en vente que s'il porte une marque indiquant que sa stérilisation n'est pas antérieure à un mois du jour de sa consommation; ce lait devra toujours être consommé dans les vingt-quatre heures ;

« 6° L'Administration est invitée à étudier un projet de création d'une usine centrale de stérilisation et d'une école de laiterie à Paris «,

Ce projet de délibération est adopté.

Vous vous souvenez, Messieurs, que l'on avait prétendu autrefois au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, et notre représentant à ce conseil pourrait en témoigner, on avait prétendu, dis-je, que les médecins des bureaux de bienfaisance ne visitaient que des chroniques et que presque toutes les maladies aiguës étaient soignées à l'hôpital.

Or à différents reprises nos collègues ont apporté ici leurs statistiques qui contredisaient de pareilles assertions non justifiées.

Voici maintenant qu'il m'a été donné, comme membre d'une commission chargée par la Société internationale pour l'étude des questions d'Assistance d'étudier la question des asiles de convalescence, de connaître les résultats d'une enquête faite auprès d'un certain nombre de services hospitaliers de médecine et je lis ceci :

Dans un service de l'hôpital Tenon, au 15 juin 1898 :

Hommes : lits 25, brancards 9 soit 34, dont 15 aigus, 19 chroniques.

Femmes : lits 24, brancards 6 soit 30, dont 11 aigus, 19 chroniques.

Au résumé 38 chroniques sur 64 malades.

Un autre service à Lariboisière : 57 hommes dont 15 tuber-

culeux, 11 infirmes, soit 26 ; 39 femmes dont 6 infirmes et ainsi de suite ; je n'ai pris que des hôpitaux actifs. Nous voici donc loin des chiffres de S. de Pradel, de Blind, d'Yvon qui n'accusent qu'un cinquième de chroniques.

Je vous laisse, Messieurs, tirer les conclusions de cette enquête et de la justesse des critiques faites au service à domicile.

Rapport de candidature. — M. Benoit. Notre collègue M. Fauvel, qui désire devenir membre participant de notre Société, est docteur en médecine depuis l'année 1886. Ancien interne des hôpitaux du Havre, il choisit comme sujet de son travail inaugural « de l'inflammation chronique et des fistules de la glande vulvo-vaginale ». La plupart des observations inédites qu'il publia à ce propos furent prises dans le service de son père à l'hôpital du Havre ou au dispensaire de salubrité de cette ville.

Cette question avait été insuffisamment étudiée puisqu'Aubenas nie ces inflammations et que Martineau ne leur donne pas une importance suffisante. D'après M. Fauvel elles seraient assez communes.

Après une description anatomique claire, précise et très complète de la glande de Bartholin, l'auteur étudie l'étiologie de cette affection dont la plus grande fréquence serait observée vers l'âge de 25 ans, c'est-à-dire à l'époque de la plus grande activité sexelle de la femme.

L'influence du lymphatisme n'a pu être prouvée. La maladie est l'apanage des filles publiques. — Elle n'a pas paru affecter plus souvent la glande gauche que la droite. Elle peut être chronique d'emblée ou succéder à une bartholinite aiguë. — Elle est simple (et alors consécutive à une congestion active ou passive) ou blennorrhagique, forme aiguë, puis chronique, ou chronique d'emblée. — Enfin un kyste de la glande peut s'enflammer, ce qui est fréquent, et la glande participe sûrement à cette complication.

La symptomatologie nous paraît particulèrement bien traitée. — Début par bartholinite aiguë ou subaiguë, ou l'inflammation chronique d'emblée, abcès ouvert ou non spontanément, abcès successifs avec un ou plusieurs orifices vulvo-périnéaux ou rectaux. Kyste glandulaire enflammé : tout a été signalé. — Il en est de même des symptômes de la maladie déclarée, les uns inconstants comme : tuméfaction et rougeur ; les autres révélateurs, comme : l'issue spontanée du produit de sécrétion par l'orifice de la fistule, l'induration de la glande, la possibilité de trouver avec le palper digital le canal induré.

Le pus est rarement abondant, moins bien lié que le pus de bonne nature, rarement fétide — quelquefois sans odeur. Enfin le liquide normal de la glande étant alcalin, lorsque le pus serait acide, on aurait affaire, d'après M. Martineau, à une inflammation blennorrhagique. Les recherches de M. Fauvel n'ont pu l'amener à aucune conclusion dans cet ordre d'idées.

L'auteur parle ensuite du gonocoque de Neisser, comme cause probable de la transmission de la maladie. Nous nous permettrons de dire à ce propos qu'il eût été intéressant de savoir par des recherches bactériologiques, si par exemple dans l'observation IV, la sécrétion contenait ou non le gonocoque d'une façon constante, car il s'agit en ce cas d'une prostituée n'ayant jamais eu d'affection vénérienne signalée ni d'abcès ou d'engorgements, et présentant cependant de l'inflammation chronique de la glande vulvo-vaginale gauche récidivant à chaque époque menstruelle. Nous réitérons la même objection à propos de la marche de la maladie ; car l'affection peut guérir en assez peu de temps lorsqu'elle n'est pas de nature spécifique, tandis qu'elle est plus tenace lorsqu'elle est d'origine blennorrhagique.

M. Fauvel signale en outre ce fait, que très souvent à la suite de la cicatrisation de l'orifice fistuleux, il résulte une dépression simulant la cicatrice d'un chancre.

Somme toute, la marche ordinaire consiste en rémissions qui paraissent être des guérisons, suivies à des époques plus ou moins éloignées d'exacerbations.

Le diagnostic est en général facile, sauf dans les cas où l'inflammation n'est pas franche. La fistule une fois constatée se confond difficilement avec une fistule osseuse, ischiale ou pubienne. La fistule recto-vulvaire, consécutive à l'ouverture dans le rectum et à la vulve d'un abcès de la glande, peut être confondue avec une fistule d'une autre nature ; mais dans ce cas la glande est saine.

Le pronostic est assez sérieux, car on a à faire à un foyer de contagion qui passe souvent inaperçu. — De plus, le traitement peut présenter des inconvénients, par exemple : hémorrhagie abondante à la suite de l'ablation d'un kyste de la glande de Bartholin.

M. Fauvel insiste surtout sur le traitement chirurgical. Si les moyens ordinaires : lavages, bains, onguent napolitain, instillations, de teinture d'iode, d'eau oxygénée n'ont pas réussi, l'ablation seule de la glande guérira sûrement la fistule. Elle doit être faite de façon à éviter le bulbe du vagin en haut et les veines hémorrhoïdales inférieures en bas.

M. Fauvel exerça d'abord la médecine à Fécamp, où il fut médecin de l'hôpital de la Marine, de la Douane et du bureau de bienfaisance, inspecteur des enfants assistés et du premier âge, médecin des épidémies, membre du conseil d'hygiène, inspecteur des pharmacies. Il obtint en 1895 une médaille d'argent du ministre de l'intérieur, en 1896 une médaille de vermeil de la Société de médecine pratique pour son opuscule « les maladies évitables ». En 1897 il présente à l'Académie de médecine un travail sur la contagion tuberculeuse. En 1895, installé à Paris, il concourt pour le bureau de bienfaisance et est nommé au Ve arrondissement. Il concourait à nouveau en 1897 et passe au XVIIe.

Il y a lieu d'ajouter que notre collègue se distingue par le dévouement avec lequel il donne ses soins aux malades indigents, principalement aux tuberculeux, qu'il traite avec succès par un sérum préparé par lui-même sur des données scientifiques personnelles.

Nous concluons formellement à l'admission du Dr Fauvel.

La lecture de ce rapport est accueillie par des marques d'approbation et la Société décide qu'il sera imprimé dans les comptes rendus.

M. Fauvel est élu membre titulaire de la Société.

Prophylaxie et traitement des tuberculeux indigents et nécessiteux par les médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, par les Drs Séailles et Dufournier délégués au Congrès de la tuberculose. — M. Dufournier donne lecture du travail qu'il a préparé, au nom de la Société, avec M. Séailles pour être lu au congrès de la

tuberculose. (Voir *France Médicale* n° 38, 23 septembre 98).

Une discussion s'engage au sujet du placement familial des tuberculeux. M. Mablec soutenait que ce placement, s'il est favorable au phtisique et à la populaiion parisienne, sera néfaste pour la province; il disséminera la tuberculose et propagera cette affection parmi des populations saines et fortes jusque-là.

M. Noir déclare qu'il n'est jamais entré dans les idées du rapporteur ni d'aucun médecin d'envoyer aveuglément tous les phtisiques de Paris infecter les campagnes, mais il est une classe nombreuse de tuberculeux incapables de transmettre leur maladie, par exemple les enfants atteints de tuberculoses ganglionnaires et osseuses. On pourrait placer à la campagne les enfants malingres et scrofuleux et on éviterait peut-être ainsi pour eux la phtisie qui ne tarderait pas autrement de les frapper.

Il faudrait prendre exemple sur le placement familial des aliénés à Dun-sur-Auron qui paraît avoir donné de bons résultats.

MM. Prieur et Séailles soutiennent la même thèse à des points de vue différents et les conclusions du rapport sont adoptées à l'unanimité moins une voix.

Prophylaxie des maladies contagieuses et en particulier de la tuberculose dans le service des bureaux de bienfaisance. (Voir *France Médicale*, n° 36, 9 septembre 1898). M. Séailles estime que les conclusions apportées par M. Barbillion sont du ressort des délégations cantonales et doivent préoccuper surtout les médecins des écoles et non les médecins des bureaux de bienfaisance.

MM. Gourichon et Billon pensent que la question de l'internement dans les écoles primaires d'enfants malades présenterait beaucoup d'inconvénients qu'ils se réservent de développer après lecture du travail de M. Barbillion.

M. Dorison appuie le rapport de M. Barbillion.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance après l'impression du travail.

Un moyen pour supprimer le double des ordonnances. — M. L. Gourichon se plaint de ce que les médecins des bureaux de bienfaisance soient obligés de transcrire sur un talon les ordonnances qu'ils font sur le cahier des malades. Un moyen très simple de supprimer cet ennui serait d'obliger les pharmaciens à transcrire eux-mêmes les ordonnances ainsi que la loi d'ailleurs le prescrit.

Plusieurs membres de la Société déclarent qu'ils n'emploient ce talon que pour indiquer la manière dont doivent être pris les médicaments par le malade.

M. Gourichon se réserve de prendre de nouveau la parole à ce sujet dans la prochaine réunion.

La séance est levée à 11 heures moins le quart.

Le secrétaire des séances : A. Malbec.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PEDIATRIE

2e section

Tenu à Marseille, du 8 au 15 octobre 1898.

Traitement des grossesses extra-utérines. — M. Segond, *rapporteur*. Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. Quelques grossesses ectopiques peuvent s'arrêter d'elles-mêmes, dans les premières phases de leur évolution et guérir spontanément, mais elles sont la trop grande exception pour diminuer la portée de cette règle générale.

I. — Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois

I. Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois évoluant normalement. — L'ablation totale, par laparotomie, du kyste fœtal et des seules annexes intéressées est le traitement de choix. L'ablation par colpotomie antérieure ou postérieure a donné des succès, mais il est beaucoup plus sûr de recourir à la laparotomie. Peut-être, certaines grossesses jeunes sont-elles justiciables de l'évacuation par incision, avec suture consécutive et remise en place de la trompe ainsi reconstituée.

Cas particulier. — a. *Siège intra-ligamentaire et sous-péritonéo-pelvien du kyste fœtal.* — L'ablation par laparotomie reste l'opération de choix. Les seules particularités à noter concernent les difficultés de l'énucléation, l'étendue des décollements, et, par conséquent, l'obligation fréquente du drainage sus-pubien.

b. *Siège du kyste fœtal dans une corne utérine rudimentaire.* — On doit enlever le kyste par laparotomie. Souvent le pédicule est assez petit pour qu'il soit facile de pratiquer l'ablation, sans trop entamer l'utérus. Pour peu que la pédiculisation soit difficile, il faut faire l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale.

c. *Grossesses tubo-interstitielles.* — Par exception, on peut les enlever par hystérectomie vaginale ; mais, comme leur diagnostic est impossible sans examen direct, elles relèvent uniquement de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale. Par opposition à cette intervention radicale, il pourrait être avantageux d'ouvrir simplement le kyste dans l'utérus (sorte d'extériorisation intra-utérine conseillée par Kelly).

d. *Coexistence, avec la grossesse ectopique, de lésions siégeant sur les annexes de l'autre côté ou d'un néoplasme utérin (fibrome ou cancer).* — Durant les trois ou quatre premiers mois, alors que le placenta n'est pas encore trop gros, l'ablation totale par voie vaginale est certainement l'opération la plus avantageuse. Passé cette date, à cause du volume du placenta et de la friabilité de l'utérus, la laparotomie reprend tous ses droits sur l'opération de Péan. Si le diagnostic de la coexistence en question n'est fait qu'après ouverture du ventre, il va de soi qu'il faut, séance tenante et par la même voie, procéder à l'ablation nécessaire.

II. Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois compliquées. — A. Traitement des complications hémorragiques. — Dans la longue série des complications hémorragiques qui s'échelonnent depuis l'hématosalpinx jusqu'à l'inondation péritonéale, il y a forcément des cas limités dont le mode de traitement variera toujours avec les tendances, le coup d'œil et l'expérience de chaque opérateur. En prenant dans cette série les deux termes extrêmes (l'hémato-salpinx et l'inondation péritonéale), et deux de ses termes intermédiaires (l'hématocèle enkystée et l'hématocèle à poussées hémorragiques), on peut toutefois donner une certaine précision aux règles thérapeutiques dont relèvent ces quatre variétés maîtresses.

1° *Traitement de l'hémato-salpinx compliqué ou non d'effraction sanguine intrapéritonéale, mais constituant une tumeur énucléable en totalité.* — L'incision simple de la

poche avec nettoyage de sa cavité, puis suture des parois et remise en place de la trompe ainsi réparée, est conseillée par quelques chirurgiens. Martin a procédé de la sorte par le vagin, et d'autres par le ventre. Cette opération très conservatrice, et par conséquent séduisante, n'a, sans doute, que des indications exceptionnelles. Dans l'immense majorité des cas, la seule conduite rationnelle est d'enlever la trompe gravide avec son contenu, et les règles de traitement sont exactement les mêmes que pour les grossesses ectopiques évoluant normalement : l'ablation par colpotomie antérieure ou postérieure, malgré les succès qu'elle a donnés, doit être repoussée comme infidèle et périlleuse. Tout hémato-salpinx, compliqué ou non d'effraction sanguine intrapéritonéale, mais offrant les caractères d'une tumeur énucléable, relève uniquement de l'ablation par laparotomie. A cette règle, une seule exception, la même que pour les grossesses ectopiques en voie d'évolution normale : quand il y a bilatéralité des lésions annexielles, ou coexistence d'un néoplasme utérin, il faut faire la castration utéro-annexielle totale, par le vagin, durant les quatre premiers mois, et passé cette époque, par laparotomie.

2° *Traitement de l'hématocèle enkystée.* — En présence d'une hématocèle confirmée, sans poussées hémorragiques, et assez grosse pour réclamer l'intervention, c'est l'incision vaginale qui doit être considérée comme l'opération de choix. Dans la majorité des cas, elle donne la guérison, avec disparition ultérieure de tous les reliquats anatomo-pathologiques annexiels ou autres. Il est possible que cette guérison définitive ne se fasse pas, et que les indications d'une intervention ultérieure se posent; mais, la colpotomie n'en conserve pas moins tous les avantages d'une opération d'attente, simple et bénigne, qui permet de remplir les indications de l'heure présente, sans engager l'avenir. Quant la colpotomie rencontre quelque difficulté imprévue, comme le retour de l'hémorragie ou la constatation de grosses lésions annexielles exigeant l'ablation, rien de plus simple, en général, que de remplir aussitôt les indications par voie vaginale, soit en enlevant simplement les annexes qui saignent, soit en pratiquant la castration utéro-annexielle totale. La colpotomie doit se pratiquer au bistouri, sans le secours d'aucune instrumentation spéciale. La seule précaution à prendre pour lui conserver sa bénignité, c'est de vider la poche avec une extrême douceur, d'abandonner, de parti pris, au drainage ce qui ne sort pas facilement, et d'éviter, en particulier, les manœuvres extérieures d'expression abdomino-vaginale.

L'incision vaginale n'est pas seulement applicable à l'hématocèle rétro-utérine proprement dite. Elle permet, aussi, d'ouvrir les collections plus latérales et les hématocèles sous-péritonéo-pelviennes. Quelques cas particuliers peuvent, toutefois, réclamer une autre voie d'évacuation, comme l'incision ischio-rectale ou la laparotomie sous-péritonéale. Lorsque cette dernière incision est indiquée, il est prudent de la combiner au drainage vaginal.

La laparotomie n'a donc ici que des indications tout à fait exceptionnelles. On doit y recourir à titre d'opération secondaire, plus ou moins tardive, quand la colpotomie est impuissante à empêcher l'évolution ultérieure de lésions annexielles non justiciables de l'hystérectomie vaginale. Il est, enfin, nécessaire de la pratiquer d'emblée, quand la colpotomie commencée se heurte aux difficultés ci-dessus signalées (retour offensif de l'hémorrhagie; grosses lésions annexielles dangereuses à abandonner), et, bien entendu, quand il est impossible de remplir par le vagin les indications voulues. En cas d'hématocèle, la laparotomie conduit souvent à des ablations incomplètes qui nécessitent le drainage sus-pubien combiné ou non au drainage vaginal. Dans les cas trop difficiles et peu satisfaisants, tant au point de vue du pronostic immédiat qu'à celui des suites éloignées, il est probable qu'il vaut mieux faire la castration abdominale totale.

3° *Traitement de l'hématocèle à poussées hémorrhagiques successives.* — Comparativement à ce que doit être le traitement de l'hématocèle enkystée, les indications respectives de la colpotomie et de la laparotomie sont pour ainsi dire renversées. On peut tenter la colpotomie. Mais, au moindre retour de l'hémorragie, il faut être prêt à laparotomiser sans l'ombre d'un retard.

4° *Traitement des hémorrhagies profuses (inondation péritonéale).* — A côté des inondations péritonéales, toujours mortelles, quand on n'intervient pas, il y a certainement des hémorrhagies très abondantes susceptibles de s'enkyster, et par conséquent, justiciables de l'expectation. Mais, comme à la phase initiale et dramatique de toute hémorragie profuse, il n'existe pas un seul signe clinique permettant de déterminer les chances d'enkystement; comme il est maintenant démontré que l'expectation fournit environ 86 p. 100 de mortalité, et l'intervention 85 p. 100 de guérisons: comme la moindre observation personnelle bien prise suffit à prouver que la laparotomie d'urgence est le seul moyen d'éviter une mort certaine, il n'y a vraiment pas de doute possible sur la meilleure conduite à suivre : en présence de l'ictus péritonéal revélateur d'une hémorragie grave, il faut, sans restriction, accepter la très formelle indication de la laparotomie, immédiate quand on le peut, et, en tous cas, aussi précoce que possible. Il ne saurait être ici question d'intervention par voie vaginale. La laparotomie est la seule opération qui permette l'hémostase dans les conditions voulues de sécurité et de rapidité.

B. TRAITEMENT DES COMPLICATIONS SEPTIQUES ET SUPPURATIVES. — Ici, comme dans toutes suppurations pelviennes, l'incision vaginale est, sans discussion possible, le traitement de choix des hématocèles suppurées, comme de toute collection purulente bien limitée, uniloculaire et facilement accessible par le vagin. L'hystérectomie vaginale est l'opération la meilleure, quand il y a bilatéralité de lésions annexielles, à cette double condition que l'âge de la grossesse ne fasse pas redouter un placenta trop gros, et que l'ensemble de la masse ne soit pas trop volumineux. L'ablation par laparotomie reste la seule opération rationnelle, quand il y a doute sur les lésions des annexes non gravides, quand la grossesse a dépassé le quatrième mois, et quand l'ensemble de la masse à enlever remonte assez au-dessus du pubis pour être plutôt abdominale que pelvienne. Cette appréciation ne se fait pas au centimètre. C'est une question de coup d'œil, ou mieux d'exploration bimanuelle, pratiquée par un chirurgien expérimenté.

II. — TRAITEMENT DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES DE PLUS DE CINQ MOIS

Sauf pour certains kystes fœtaux, la laparotomie est ici la seule intervention possible.

I. Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois avec fœtus vivant. — Les deux seules que s-

tions à discuter sont celles-ci : quand et comment faut-il opérer ?

Quand faut-il opérer ? Tout de suite, évidemment, quand la grossesse est à terme. Lorsque le fœtus est vivant, mais pas encore viable, ou même quand il est viable, mais point à terme, la réponse est plus déliéate. Lorsqu'un fœtus est vivant, mais à plusieurs semaines de la date minimum de sa viabilité, les dangers à courir sont trop grands et l'intervention immédiate s'impose. Lorsqu'on est au contraire plus près de l'époque de viabilité, on peut essayer de sauver mère et enfant, à cette condition tout à fait irréductible, que le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la vie de la mère. L'expectation étant décidée dans ces conditions, faut-il opérer dès le septième mois, ou bien attendre le huitième et le neuvième ? A tant faire que d'attendre, si la mère est en parfait état, si le moindre soupçon d'un danger quelconque pour elle nous trouve prêt à une action immédiate, il vaut mieux attendre que le fœtus se développe le plus possible. En somme, et sans qu'il soit possible de mieux préciser, il convient de laisser aux circonstances le soin d'indiquer le bon moment de l'invention.

Comment faut-il opérer ? L'élytrotomie doit être absolument repoussée. Les seules opérations possibles sont ici : l'extériorisation abdominale du sac, avec abandon du placenta ; l'extériorisation avec ablation du placenta ; l'ablation totale du kyste fœtal. Les faits le démontrent et la prudence l'exige ; il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta. A cette règle, il y a toutefois trois exceptions : la première concerne les quelques grossesses tubaires dont la facile énucléabilité peut autoriser l'ablation. La deuxième se rencontre quand on se trouve en présence d'une hémorragie par décollement partiel d'un placenta qu'il est indispensable d'enlever complètement pour obtenir l'hémostase. La troisième, enfin, répond aux cas dans lesquels il n'y a pas de sac, ainsi qu'il arrive quand il y a rupture secondaire du sac, avec fœtus libre dans la cavité abdominale. Dans ces conditions, il ne saurait pas plus être question de marsupialiser une poche qui n'existe pas, que d'abandonner un placenta dont l'ablation, coûte que coûte, s'impose aussi nettement.

(La fin au prochain numéro).

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Est nommé chevalier le Dr Petit, de Longeau (Haute-Marne).

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — Question donnée à la composition écrite : « Anatomie de l'S iliaque, Diagnostic anatomique et clinique des cavernes pulmonaires. »

Les questions restées dans l'urne étaient : 1° Artère hypogastrique ; Arthrites blennorragiques. » — 2° « Carotide externe ; — Hématuries. »

Concours de la médaille d'or. — Les jurys sont provisoirement constitués de la façon suivante :

Médecine : MM. Hutinel, Marie, Cadet de Gassicourt, Du Castel et Richard.

Chirurgie et accouchements : MM. Broca, Jalaguier, Lejars, Thoinot et Pinard.

Hôpitaux de Paris. — Concours public pour la nomination à la place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière. — Ce concours sera ouvert le jeudi 1er décembre 1898, à midi, à l'Amphithéâtre de l'Administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

MM. les Docteurs qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, de midi à trois heures.

Le registre d'inscription des Candidats sera ouvert le lundi 31 octobre, et sera clos définitivement le lundi 14 novembre, à trois heures.

Corps de sante de la marine. — Le ministre de la Marine a décidé que, par suite de l'établissement dans l'île de Groix, à titre définif, d'un médecin civil, la prévôté médicale de cette localité sera supprimée le 15 novembre prochain

— Un second médecin de deuxième classe de la marine sera affecté au service médical de la prévôté des forges de la Chaussade, à Guérigny. — Un pharmacien de deuxième classe de la marine sera détaché, à titre de prévôt, au même établissement, en vue d'y assurer le service de pharmacie.

Enseignement populaire supérieur, créé par la Ville de Paris). Année 1898-1899. — Cours du premier semestre. — à partir du lundi 17 octobre 1898.

A l'Hôtel-de-Ville (Salles des Prévots).

Biologie : Professeur : M. le Dr Retterer, professeur agrégé à la Faculté de Médecine. Les mardis et vendredis, à 8h. 1/2 du soir. Le professeur traitera de l'Evolution des formes organiques inférieures et de leur influence sur la santé et les maladies des êtres supérieurs.

Anthropologie : Professeur : M. le Dr Verneau, assistant au Muséum, professeur à l'Ecole coloniale. Les mercredis et samedis, à 8 h. 1/2 du soir. Le professeur exposera la Formation et l'Evolution des races humaines.

Cours du 2e semestre. — *Hygiène Sociale* : Professeur : M. le Dr A.-J. Martin, Inspecteur général de l'Assainissement et de la Salubrité de l'Habitation.

Histoire des Sciences : Professeur : M. Daniel Berthelot. Docteur ès sciences, assistant au Muséum. professeur agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie.

Nécrologie. — Le Dr Guindey, sénateur, maire d'Evreux, décédé subitement le jeudi 13 octobre, en donnant une consultation, à l'âge de 67 ans. — Le Dr Jules Pargoire, père, décédé à Cette le 12 octobre à l'âge de 73 ans. — Le Dr G. Laurent, de Lille, reçu en 1896. — Le Dr Damalix, ancien interne des hôpitaux de Paris (1879), chirurgien de la maison nationale de Charenton, mort accidentellement. — Le Dr Colson, ancien interne des hôpitaux de Paris (1874), décédé subitement.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

MÉNOPAUSE, — MENSTRUATION (Troubles de la). — **Capsules ovariques Vigier.** — *Dose* : 2 à 6 capsules par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*